FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° THÈSE Année 1914

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR

M. Ivan MORICAND

Né le 31 août 1885, à Prangins (Suisse)

EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉACTION DE WASSERMANN

CHEZ LES AORTIQUES

Président : M. LE PROFESSEUR GILBERT

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS, ÉDITEURS

19, RUE HAUTEFEUILLE, 19

1914

A mon Maître et Président de thèse

M. LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

A la mémoire de mon grand-père

Le Docteur ALEXANDRE MORICAND

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A mes Maîtres dans les hôpitaux :

Externat :

M. le Professeur MARFAN

(Enfants-Malades, 1908-1909)

M. le Docteur J. BABINSKI

(Pitié, 1909-1910)

M. le Docteur SAVARIAUD

(Trousseau, 1910)

M. le Professeur DIEULAFOY (*in mem.*)

(Hôtel-Dieu, 1910)

M. le Professeur GILBERT

(Hôtel-Dieu, 1910-1911)

M. le Docteur L. FOURNIER

(Ricord, 1911-1912)

M. le Professeur agrégé LEREBOULLET

(Hôtel-Dieu, 1912-1913)

M. le Docteur MONTHUS

(Nouvelle Pitié, 1913-1914)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉACTION DE WASSERMANN

CHEZ LES AORTIQUES

INTRODUCTION

—

L'étude du rôle de la syphilis dans l'étiologie des affections de l'aorte avait été commencée autrefois par les anatomo-pathologistes et par les cliniciens. — Ce rôle avait été entrevu, puis précisé ; mais ce n'est que dans les quinze dernières années, grâce aux découvertes de la réaction de Wassermann et de la présence *in situ* de l'agent spécifique de la syphilis, que les données cliniques purent être vérifiées par des épreuves de laboratoire.

L'importance de ces vérifications a augmenté progressivement, et, de jour en jour, les statistiques, aussi bien en France qu'à l'étranger, sont venues s'ajouter les unes aux autres pour former un faisceau de faits très probants.

Notre maître, le professeur Gilbert, dans un travail

qu'il faisait paraître dans le *Paris-Médical* avec Brin, étudiait les rapports de la réaction de Wassermann et des lésions de l'aorte. Il regrettait que, dans un grand nombre de statistiques publiées sur cette question, on trouvât, groupées indifféremment sous le nom d'aortites, toutes les lésions de l'aorte, aussi bien les lésions orificielles que les lésions avec dilatation anévrysmale, aussi bien les lésions pures que les lésions multiples.

Aussi, dans son travail, s'attachait-il à diviser avec grand soin les cas observés, d'après la nature des lésions aortiques, en se basant sur la clinique, aidée, quand il le fallait, du laboratoire.

C'est cette méthode de travail que nous avons suivie.

Après avoir dit quelques mots sur l'historique de notre sujet, nous préciserons dans quelles conditions nos observations ont été recueillies.

Parmi les 34 cas qui nous sont personnels, nous étudierons plus spécialement ceux qui nous ont paru mériter une mention particulière.

Nous en ferons la statistique ; puis, passant en revue les statistiques précédentes, nous les comparerons en faisant un tableau général de leurs résultats.

Nos conclusions seront la traduction de ce tableau général.

Qu'il nous soit permis, en terminant cette introduction, de remercier notre maître le professeur Gilbert pour la bienveillance avec laquelle il nous a aidé à faire ce travail en nous ouvrant son service.

Nous remercions notre maître, M. le professeur

agrégé Lereboullet, de tous les conseils qu'il nous a donnés et des renseignements qu'il a bien voulu nous fournir.

M. le docteur Josué, notre maître, M. le docteur Babinski, M. le docteur Petit nous ont largement permis d'examiner les malades de leurs services, nous leur en sommes très reconnaissant.

HISTORIQUE

« Les aneurismes qui viennent aux parties intérieures sont incurables et adviennent souvent à ceux qui ont eu la vérolle », écrivait Ambroise Paré au milieu du XVI[e] siècle, et cette importante notion étiologique était aussi affirmée par Fernel (1554). Elle fut reprise beaucoup plus tard, au milieu du XVIII[e] siècle, par Lancisi (1740), par Séverin, par Plaucus et Morgagni.

Jusqu'à la fin du XIX[e] siècle, on ne trouve dans la littérature que des cas concernant les anévrysmes de l'aorte; on ne se préoccupe pas encore des lésions valvulaires, proprement dites, quant à leurs rapports avec la syphilis.

En effet, en ce qui concerne les anévrysmes, nous voyons, au commencement du XIX[e] siècle, Scarpa nier le rôle de la syphilis. Guthrie, Nélaton, Broca, Le Fort, Richet, Porter le contestent. Cependant Ricord (1845) et Lancereaux (1862), dans leurs cliniques, l'admettent de nouveau ; et, en Angleterre, Aitken, vers 1860, trouve la syphilis 17 fois sur 24 cas d'anévrysmes. Lewer et Wilks sont de son avis.

En 1875, toujours en Angleterre, on étudie de très près la question. Welch, Heiberg (1876), Nalty, Vallin apportent des faits confirmatifs. Heller (1880) et Ham-

peln poussent si loin le rôle capital de la syphilis qu'une réaction se dessine, dirigée surtout par les anatomo-pathologistes, avec Virschow, qui se montrent réservés parce qu'aucune lésion caractéristique de l'aortite syphilitique ne leur paraît exister.

Cependant, en France, le professeur Fournier et Etienne (1897) reprennent la question au point de vue clinique. Laveran, Dujardin-Beaumetz, Verdié dans sa thèse (1884), Jaccoud (1887), Thibierge (1889) avaient cité de nombreux cas. Gron, sur 3.729 autopsies pratiquées de 1871 à 1895, trouve la syphilis dans les antécédents de 41 p. 100 des sujets atteints d'anévrysmes, tandis que sa proportion sur la totalité des cas examinés s'abaisse à 4,3 p. 100.

Malheureusement en examinant les statistiques indiquant les proportions des antécédents syphilitiques, on vit qu'elles étaient très variables ; aussi chercha-t-on des signes caractéristiques de l'anévrysme syphilitique. Israël, Rosenthal, Rasch, Storm Bull, Letulle et Dieulafoy fixent ces caractères distinctifs, confrontant les données de la clinique avec les vérifications anatomiques.

Il faut arriver en 1900 pour voir l'attention des auteurs se porter sur l'insuffisance aortique syphilitique. Deguy, dans sa thèse (1900) sur « le Cœur et l'aorte des syphilitiques » ; Boinet, dans le « Traité de médecine et de thérapeutique » ; Huchard, dans son « Traité des maladies du cœur et de l'aorte », étudient plus spécialement les aortites syphilitiques.

En 1879, Vulpian avait déjà fait remarquer, après Charcot, la coexistence fréquente des lésions aortiques et de l'ataxie locomotrice. Grasset, Letulle, Truc, Jaubert, Teissier, Raymond, Fournier reprirent le même sujet, et, en 1901, à la Société médicale des hôpitaux, Babinski, envisageant la question à un point de vue un peu différent, pouvait décrire le syndrome qui porte son nom, et dire que, lorsque chez un malade on trouvait une insuffisance aortique, de la lymphocytose rachidienne et un signe d'Argyll positif, cela suffisait pour affirmer l'existence de la syphilis. Vaquez, en 1902 ; Guilly, en 1904, dans sa thèse ; Debove, en 1908, confirmèrent pleinement cette manière de voir.

Mais, à partir de 1908, après l'application par Wassermann de la réaction de Bordet et Gengou au sérodiagnostic de la syphilis, on vit les statistiques se multiplier de tous côtés.

Bricout, en 1912, dans sa thèse si complète sur la syphilis du cœur, a fait une étude très précise des travaux parus sur le sujet et nous avons utilisé les documents bibliographiques qu'il a publiés. Citron, puis Danielopolu, en 1908, et, après lui Laubry et Parvu, Schütze, Oigaard à plusieurs reprises, Paraschievescu, Donath, Harris, Hirtz et Braun, en 1910, Debove et Trémolières ; Krefling, Ledermann, plus récemment Delsouiller, dans sa thèse, en 1912, présentent des statistiques dont les cas sont parfois un peu confondus.

Enfin Gilbert et Brin, apportant de la méthode dans

leur étude, de même que Gaucher et Brin en 1913 et 1914 insistent sur le grand intérêt thérapeutique que comportent ces notions nouvelles.

Disons, pour terminer, que l'attention des auteurs se porte actuellement sur le rôle du traitement spécifique des lésions de l'aorte avec Ledermann, Krefting, Oigaard, et que d'autres auteurs tâchent d'élucider le rôle propre de la syphilis dans la pathogénie de ces lésions; ainsi Winternitz en Angleterre, Devoto, de Milan, et enfin Boveri, expérimentant sur le singe, montrent que la syphilis prépare le terrain aux lésions graves de l'athérome, mais ne peut les entraîner à elle seule.

OBSERVATIONS

Nous allons indiquer sommairement, maintenant, quelle méthode nous avons suivie dans l'examen de nos différents malades avant d'analyser en détail leurs observations.

Pendant quatre mois nous avons vu systématiquement tous les malades porteurs d'une lésion aortique, quelle qu'elle soit. Nous avons rencontré ces malades :

A la consultation de médecine de l'Hôtel-Dieu — et nous les avons suivis quand nous avons pu le faire dans les différents services de l'hôpital :

A la clinique de M. le professeur Gilbert ;

Dans le service de M. le docteur Petit ;

Dans le service de M. le docteur Dalché.

Nous avons aussi suivi :

La consultation du vendredi, dans le service de M. le docteur Josué ;

Les entrées, dans le service de M. le docteur Babinski.

En examinant nos malades, nous avons eu soin de rechercher, dans leurs antécédents, les causes les plus fréquentes de lésion aortique, en dehors de la syphilis : le rhumatisme articulaire aigu, la fièvre puerpérale, l'érysipèle, la scarlatine, parmi les maladies infec-

tieuses; la goutte, le saturnisme, l'éthylisme parmi les causes toxiques.

Quant aux stigmates de syphilis, acquise ou héréditaire, nous avons eu soin de les dépister sous forme de cicatrices des organes génitaux, de pigmentations anormales des téguments, de cicatrices pigmentées et souples, de leucoplasie buccale, d'accidents survenus au cours de la grossesse, de malformations osseuses ou de dystrophies générales.

L'examen du système nerveux n'a pas été négligé : nous avons recherché avec soin l'inégalité pupillaire, l'abolition ou la diminution des réflexes tendineux, l'anesthésie testiculaire.

Quand nous avons pu avoir un renseignement cytologique, sur le liquide céphalo-rachidien, nous l'avons consigné.

Nous n'avons pas fait nous-même les réactions de Wassermann, nous en rapportant aux laboratoires du professeur Gilbert, du docteur Babinski et de l'Institut Pasteur, qui ont bien voulu s'en charger.

Chaque fois que nous avons pu le faire, nous nous sommes fait aider par la radiographie pour confirmer et préciser un diagnostic.

Enfin, quand un traitement a été institué, nous en avons suivi avec attention les résultats.

Anévrisme de l'aorte.

Nous exposerons tout d'abord les cas d'ectasie aortique que nous avons rencontrés :

Observation I

X..., femme, 67 ans (Tenon, salle n° 2).

Entre dans le service de M. Laffitte pour un malaise général, des douleurs vagues et disséminées et de l'essoufflement.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de particulier ; elle n'a pas eu de fausses-couches, n'a jamais eu d'enfants, n'a aucun antécédent spécifique.

La malade est cyanosée, assez fortement, à la face — elle a de la dyspnée. A l'inspection de la région thoracique, on note la présence d'une tumeur siégeant à la partie antéro-supérieure du thorax ; cette voussure du thorax ne présente pas de mouvements d'expansion ; il y a une circulation collatérale marquée de toute la région supérieure du thorax. A la palpation, on note des battements très nets ; le maximum de la voussure est au bord droit du sternum.

Au moment de l'entrée, la percussion de la voussure donnait de la matité — à l'auscultation, le cœur est lent et irrégulier ; il y a un souffle systolique prolongé et rude de la base, au foyer aortique, à maximum au niveau du 4e espace droit.

Les réflexes tendineux sont normaux.

Le réflexe oculaire à la lumière du côté gauche est un peu lent, à droite, il a disparu,

Il n'y a pas d'albumine dans les urines.

La radiographie montre un élargissement de l'ombre aortique en forme de casque coiffant l'oreillette ; les médiastins sont obscurs.

Le Wassermann a été positif (Pasteur).

Observation II

B..., femme 53 ans (Sainte-Jeanne, n° 15). Dans ses antécédents on retrouve : 1 enfant mort jeune ; elle a eu des céphalées tenaces au moment de son mariage ; il n'y a pas de rhumatisme et elle nie tout antécédent spécifique.

L'examen montre la présence d'une tuméfaction de la région supérieure gauche du thorax, tumeur animée de battements,

remontant au-dessus de la première côte, ayant des mouvements d'expansion.

Les sous-clavières sont élevées. L'auscultation dénote l'existence d'un double souffle systolique et diastolique au niveau de la poche; il y a du retard très net du pouls. La tension artérielle est de 17,5 au Potain. La radiographie confirme les données cliniques. Les pupilles de la malade sont punctiformes et immobiles. *Le Wassermann est positif dans le sang.*

Observation III

D..., employé d'octroi, 51 ans (salle Rabelais, n° 6). Dans les antécédents héréditaires, on note que le père du malade est mort d'apoplexie cérébrale, sa mère d'une affection cardiaque mal caractérisée.

Le malade a une sœur bien portante, mais deux frères morts de tuberculose pulmonaire. Dans ses antécédents personnels, on note trois attaques successives de rhumatisme articulaire aigu avec fièvre, à 15 ans, à 30 ans et à 37 ans, soignées par le salicylate de soude.

A l'occasion d'une opération chirurgicale, on lui signale qu'il présente des troubles cardiaques sans préciser. Il a eu dernièrement une congestion pulmonaire.

Il nie toute spécificité.

Il raconte enfin que, l'an dernier, il a eu une crise de troubles de la parole, avec salivation abondante; difficulté à écrire également. Ces incidents ont duré trois semaines.

Il vient consulter pour une nouvelle crise analogue à la précédente : il a surtout de la difficulté à articuler et il est un peu oppressé.

L'examen révèle l'existence d'une voussure de la région thoracique supérieure gauche, avec circulation collatérale; le malade a une respiration à type de Cheyne-Stokes; les jambes sont un peu enflées. La tension artérielle au Pachon est de 30/13. On conseille au malade de se faire soigner à l'hôpital.

Quelques jours après son entrée, on a fait un dosage de l'urée du sang, qui était supérieur à la normale. La radioscopie a

montré un élargissement de l'ombre aortique. *Le Wassermann a été positif.*

Observation IV

(Communiquée par M. Dubois, interne de M. le Docteur Babinski.)

G..., ébéniste, 53 ans (salle Magendie, n° 10).

Traitement par le 606, amélioration.

Revu pour céphalées, mort, autopsie.

Dans les antécédents personnels du malade, on trouve, à 23 ans, une fièvre typhoïde; à 27 ans, une blennorragie. Il nie toute syphilis.

Depuis quelques années, il a, de temps en temps, des poussées d'œdème aigu du poumon, avec expectoration mousseuse, pour lesquelles il vient se faire soigner à l'hôpital. Il accuse, depuis qu'il a ces crises, des douleurs scapulo-humérales comme des piqûres d'aiguille, exagérées par la toux et les mouvements du bras. Il a aussi quelques maux de tête.

Il a remarqué, à sa dernière crise, que sa voix changeait de timbre, au moment des crises de toux et d'étouffement.

A l'examen, on constate : de la dyspnée, assez marquée avec bruit laryngo-trachéal, quand le malade respire fort. Il y a un léger tirage sus et sous-sternal. Ces signes augmentent avec le moindre mouvement.

Le malade a une légère dysphagie; les aliments passent, mais lentement. La toux se fait par quinte, avec un timbre spécial; l'expectoration est spumeuse, blanchâtre.

Les troubles de la voix ne sont pas constants, existent surtout après les accès de toux.

Le thorax est globuleux ; on remarque, à jour frisant, que la peau est soulevée par des battements synchrones au pouls, au-dessus de la fourchette sternale.

Le malade étant assis, la palpation met en évidence un thrill très net dans le 2e espace intercostal droit, au bord du sternum ; on sent une tumeur battre avec des mouvements d'expansion à deux travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale.

La pointe bat dans le 5e espace.

La percussion montre l'existence d'une matité aortique, se propageant sur trois travers de doigt à droite du sternum.

A l'auscultation, on entend un double souffle, au niveau de la poche ; le cœur n'est pas touché au niveau de la valvule aortique.

Le pouls à gauche est plus faible ; les artères sont dures.

On ne trouve aucun stigmate de syphilis.

Le Wassermann dans le sang est positif.

Etant donné ces différents faits, on propose au malade de lui faire une série de 4 injections de salvarsan de 20 centimètres cubes, une injection par semaine ; de plus, on lui fait 15 piqûres de Lipiodol, une tous les deux jours.

L'examen laryngoscopique, qui avait été pratiqué entre temps, montre une parésie des dilatateurs de la glotte, due soit à une lésion bilatérale des récurrents, soit à une lésion bulbaire (Lermoyez).

A la suite du traitement, le malade n'a plus de dyspnée, plus de douleurs, la parésie des dilatateurs de la glotte est moins marquée ; la tumeur pulsatile moins nette.

Le malade quitte l'hôpital, mais il y revient deux mois après pour une céphalée très violente. Très rapidement cette céphalée s'accentue et le malade fait un ictus, dont il meurt dans le coma.

L'autopsie montre une aorte dilatée aux dépens de la paroi antérieure de la portion ascendante et de la paroi supérieure de la portion horizontale du conduit ; la dilatation est sacciforme.

A la coupe, l'aorte est durcie, avec des plaques athéromateuses.

L'examen du cerveau montre l'existence d'une hémorragie sous-dure-mérienne, à gauche, dont le point de départ siège au niveau de la temporale antérieure.

Il y a de la pachyméningite hémorragique sur toute la surface de l'hémisphère gauche, ayant gagné l'hémisphère droit. La coupe du cerveau ne montre pas de lésions bulbaires.

Observation V

G..., maçon, 52 ans (Rabelais, nº 16).

Le malade entre à l'hôpital parce que,depuis plusieurs mois, il ressent de violentes douleurs dans le côté gauche et qu'il voit se développer progressivement une tumeur à la partie supérieure gauche de la poitrine.

On ne trouve rien à signaler dans ses antécédents jusqu'à il y a 6 mois.

A ce moment, de vives douleurs rétro-sternales, irradiant vers la colonne vertébrale et les lombes, empêchent le malade de travailler ; elles le réveillent, apparaissent sans raison, durent un temps variable, ne s'accompagnent pas d'angoisse, ni de troubles de la respiration.

Cependant, assez rapidement en 1 mois, ces douleurs prennent un caractère lancinant, elles augmentent d'intensité, et c'est au cours de cette période que le malade s'aperçoit de la présence, à la partie supérieure gauche du thorax, d'une petite grosseur, qui augmente rapidement de volume.

En même temps, les douleurs occupent un siège nettement rétrosternal,elles sont presque continuelles et obligent le malade à changer constamment de position ; le sommeil est impossible.

A l'examen, il s'agit d'un homme de corpulence moyenne, qui a maigri rapidement.

Depuis 4 mois, il a la voix enrouée, un peu de difficulté à avaler; il s'étrangle.

Il n'a ni toux, ni expectoration ; il a parfois du hoquet,

La tumeur siège à la partie interne des 2e et 3e espaces intercostaux du côté gauche, empiétant fortement sur le sternum, qu'elle remplace complètement à ce niveau. Elle a la grosseur d'une petite orange. A la palpation, elle est molle et se laisse déprimer par le doigt. Elle est animée de mouvements d'expansion facilement appréciables ; elle bat, d'une façon synchrone avec le pouls. La percussion dénote une zone de matité de deux travers de doigt autour de la tumeur ; celle-ci est mate également.

A l'auscultation de la tumeur, on entend un double claquement et un double souffle.

Le malade a été vu à l'écran : on note un élargissement très marqué de l'ombre aortique ; il y a une masse plus claire à la périphérie qu'au centre ; le cœur est petit et semble appendu en sablier à la masse anévrismale ; le ventricule gauche est gros et plonge dans le diaphragme. La tumeur touche la colonne vertébrale dorsale, dans sa partie supérieure ; il y a un espace clair rétro-aortique à la partie moyenne.

Les deux sommets sont obscurs.

Le Wassermann est positif.

Observation VI

(Communiquée par M. Lereboullet.)

L..., 52 ans.

Pas de maladies antérieures. Il y a 3 mois, un enrouement, traité par l'iodure de sodium à forte dose. A ce propos, le malade a des accidents d'intoxication iodique. Quelque temps après il est pris d'accès violents d'oppression. Actuellement il a une respiration bruyante et striduleuse ; on note un souffle interscapulo-vertébral, avec diminution de la respiration dans le poumon gauche. Il y a du retard du pouls à gauche ; des battements cardiaques à droite sans voussure accusée ; à l'auscultation, un léger souffle systolique de la base. Diagnostic d'anévrysme vérifié par la radioscopie et prouvé par l'évolution ultérieure.

Le Wassermann est positif.

Observation VII

(Communiquée par M. Lereboullet.)

Homme, 45 ans.

Syphilis avouée. Signes d'ectasie aortique vérifiée par la radioscopie. *Wassermann positif.*

Observation VIII

(Consultation de M. Josué.)

Mme F..., 53 ans.

Depuis 8 ans la malade se plaint de douleurs névralgiques, toujours au même endroit. Il y a cinq ans, on lui a dit que ces

douleurs étaient imaginaires et elle a essayé de tous les analgésiques.

« Ces douleurs, qui résistent à tout, sont souvent dues à une compression en rapport avec une ectasie. » (Josué.)

En effet, cette malade présente du tirage, et il y a une compression bronchique ; la respiration est très différente dans le poumon gauche, qui ne respire pas.

La radioscopie montre avec la radiographie l'existence d'une volumineuse dilatation de l'aorte en forme de poche, faisant suite à une dilatation cylindroïde. On n'a rien trouvé dans les antécédents ; *le Wassermann est négatif.*

Le traitement spécifique est institué et a calmé les douleurs.

Observation IX

F..., 29 ans, cuisinière.

Dilatation cylindroïde de l'aorte thoracique chez une malade n'ayant aucun antécédent morbide caractéristique. Dilatation décelée à la radioscopie. Aucun signe clinique d'ectasie. L'auscultation montre l'existence d'un rétrécissement mitral. *Wassermann négatif.*

Observation X

(Communiquée par M. Lereboullet.)

M. M..., 51 ans.

Il s'agit d'un malade n'ayant présenté dans ses antécédents ni syphilis, ni paludisme, ni tabagisme. Pas d'éthylisme non plus.

Brusquement, un jour, à la chasse, survient une crise d'aphonie complète. Le malade avait présenté l'année précédente quelques troubles de la voix : pendant quelques secondes, la voix s'éteignait, devenait voilée, puis tout rentrait dans l'ordre. Il faut noter pendant cette période, par intermittence, de vives douleurs à l'épaule droite, irradiant dans le bras.

Lors de la crise, à la chasse, il y eut aussi des douleurs partant du larynx, irradiant dans tout le côté droit du thorax, dans l'épaule et le bras. En quelques jours, tous les symptômes,

sauf les troubles de la voix, qui resta voilée et bitonale, disparurent.

Deux laryngologistes consultés diagnostiquèrent une paralysie de la corde vocale droite par compression du récurrent.

L'examen montre : une élévation de la sous-clavière droite, le creux sus-claviculaire est plein à droite, vide à gauche; il y a une circulation supplémentaire accusée du côté droit à la partie supérieure du thorax.

On note quelques battements aortiques légers à droite du sternum; sans matité en avant.

Il y a du retard du pouls à gauche; de la submatité marquée en arrière à droite, dans l'espace interscapulo-vertébral.

L'auscultation pulmonaire fait entendre un bruit de cornage modéré avec diminution du murmure vésiculaire dans toute la hauteur du poumon droit. Pas de signes stéthoscopiques d'anévrisme de l'aorte.

Les réflexes rotuliens existent; il y a de l'inégalité pupillaire, avec myosis du côté droit, de date ancienne.

Le diagnostic posé est celui d'anévrisme de l'aorte ou de sarcome du médiastin.

On ordonne des frictions mercurielles, à l'onguent napolitain, au niveau de la tumeur; de la guipsine et de l'hectine.

La radiographie, pratiquée quelques jours après, ne donne pas de grandes précisions quant au diagnostic différentiel entre l'anévrisme et le sarcome. On trouve, en effet, une tumeur du médiastin, au niveau du lobe pulmonaire supérieur droit.

« C'est une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus, qui ne bat pas, qui est indépendante de l'aorte ascendante, qui est uniformément ronde, comme un kyste ou une tumeur encapsulée. Cette tumeur suit les ascensions du poumon : elle est parapulmonaire ou même intra-pulmonaire. Il n'y a pas de retentissement ganglionnaire. » (Aubourg.)

Le Wassermann est négatif.

Le malade a été revu plusieurs fois, en l'espace de 2 ans. Il y a eu une amélioration évidente à la suite du traitement spécifique. Cette amélioration a débuté par des modifications dans

la respiration du poumon droit, qui devint plus forte; les troubles de la voix, après être restés longtemps stationnaires, eurent des alternatives en bien et en mal. La tension artérielle, qui était plus faible du côté gauche, s'égalisa. Enfin une radiographie nouvelle montra une plus grande transparence de la tumeur aux rayons, comme si elle était moins organisée. *Le Wassermann resta constamment négatif.*

Observation XI

(Communiquée par M. le docteur Chiray.)
(*Société médicale des hôpitaux*, 9 octobre 1908.)

C... (G.), 55 ans, doreur sur bois. A 8 ans : abcès dans la région inguinale droite ; à 12 ans : perforation du voile du palais spontanée ; à 14 ans : adénites cervicales et sus-claviculaires droites, dont il reste des cicatrices nettes. Toutes ces lésions ont les caractères de lésions spécifiques. Au point de vue de l'hérédo-syphilis, on trouve chez ce malade les signes suivants : il a eu des écoulements d'oreille étant enfant ; à 5 et 6 ans, a souffert d'une affection oculaire avec photophobie et larmoiement. Actuellement, M. Cantonnet, qui l'a examiné, note la présence d'une tache de choroïdite myopiques, qui a les caractères des lésions analogues rencontrées chez les hérédo-spécifiques. Le malade a de mauvaises dents ; un de ses testicules est petit et induré, sans qu'il ait eu d'orchite auparavant. Il n'y a aucune atteinte vénérienne à signaler, aucune maladie infectieuse, aucune intoxication.

Depuis l'âge de 8 ans, le malade présente de l'essoufflement facile, au moindre effort ; vers 30 ans, il a eu des crises d'oppression avec vertiges ; ces accidents n'ont fait que s'aggraver depuis. Le malade tousse et crache : expectoration purulente.

L'examen de l'appareil cardio-vasculaire montre l'existence d'un anévrysme de la portion ascendante de l'aorte thoracique typique. Ce diagnostic est confirmé par la radiographie.

Il s'agit donc très vraisemblablement d'un cas d'anévrysme de l'aorte d'origine hérédo-syphilitique.

Observation XII

(Communiquée par M. Lereboullet.)

Mme F..., 37 ans, sans profession.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien de remarquable, sinon qu'elle a perdu 8 frères et sœurs sur 10, en bas âge. Elle a eu une seule grossesse normale, à 15 ans; sa fille est vivante.

Très nerveuse, la malade se plaint, depuis 7 ans, de douleurs névralgiques dans le bras gauche, s'accompagnant de troubles vaso-moteurs.

La malade a une toux coqueluchoïde, des troubles de la voix, datant de 3 mois, des douleurs thoraciques de plus en plus vives siégeant dans la partie droite du thorax, et dans le dos, sur la pointe de l'omoplate. M. Guisez diagnostique une paralysie récurrentielle gauche. L'examen montre l'existence, au niveau du manubrium, de battements synchrones aux battements cardiaques ; il y a des points douloureux phréniques ; battements de la crosse aortique, au-dessus de la fourchette sternale. La percussion et la radiographie confirment l'existence d'une poche anévrysmale. Il y a de la compression bronchique gauche. Le sommet droit est atteint d'infiltration tuberculeuse. *Le Wassermann a été constamment négatif, cependant les symptômes ont été amendés par le traitement mercuriel d'une façon remarquable pendant 2 ans, au bout desquels la malade a succombé.*

En résumant ces 12 observations dans un tableau nous trouvons :

Wassermann	+	syphilis ignorée, 6 cas	(I-VI)
»	+	» avouée, 1 cas	(VII).
»	—	» 4 cas	(VIII-X-XII).

Le traitement spécifique fut mis 3 fois en œuvre sur les 4 cas de Wassermann négatif, et on eut une amélioration dans ces 3 cas.

La XI[e] observation est un cas d'anévrysme de l'aorte chez un hérédo-syphilitique.

Insuffisance aortique.

Nous exposerons maintenant rapidement nos cas d'insuffisance aortique.

Observation XIII

(Communiquée par M. Dubois, interne de M. le Dr Babinski.)

Femme T..., 30 ans, domestique (Grisolle, n° 4).

La malade entre dans le service pour une phlébite variqueuse de la jambe gauche.

Mais son état général est très altéré : elle se plaint de céphalée, d'insomnie. L'examen révèle qu'elle est en pleine éruption syphilitique secondaire de maculo-papules disséminées ; il y a des adénopathies inguinales typiques ; de l'augmentation de la matité splénique.

L'examen du cœur décèle l'existence d'une insuffisance aortique avec souffle diastolique de la base, bref, clair, peu intense.

Il y a un double souffle crural de Durozier.

Les artères sont souples ; le pouls bondissant et dépressible. On note un très léger rétrécissement aortique.

Dans les antécédents, pas de rhumatisme, mais une fièvre thyphoïde ; pas de spécificité.

Le Wassermann est positif.

A la suite de 2 injections de 20 cmc. de salvarsan, la malade est prise de troubles digestifs violents, de subictère avec hématurie et crises de tachycardie. Quelques jours après (5 jours), elle a une sorte d'ictus, tombe dans le coma et meurt.

L'autopsie montre qu'il y avait un rétrécissement mitral ; insuffisance et rétrécissement aortique.

Observation XIV

B..., 48 ans, terrassier (Magendie, n°1).

Poussées congestives des organes abdominaux chez un malade

atteint d'une maladie de Hogdson assez bien compensée ; peu de dilatation cardiaque.

Dans les antécédents, on trouve des fièvres paludéennes et le malade nie la syphilis.

Le malade est atteint en plus d'un tabès fruste : signe d'Argyll positif, douleurs fulgurantes, abolition du réflexe rotulien à gauche, tendance au Romberg, inégalité pupillaire, lymphocytose rachidienne. Le malade est porteur de plaques de leucoplasie commissurale.

Le Wassermann est positif.

Le traitement spécifique améliore tous ces symptômes.

Observation XV

Crises d'*angor pectoris* chez un malade porteur d'une insuffisance aortique, avec bruit de galop. Le malade a eu une crise de rhumatisme articulaire aigu autrefois, et un chancre mou.

Le Wassermann est négatif.

Observation XVI

G..., 28 ans, journalier (Saint-Christophe, nº 18).

Dans ses antécédents héréditaires, on trouve qu'il a eu trois frères morts en bas âge. Pas de maladies de cœur dans sa famille.

Il nie avoir eu la syphilis ; il est éthylique.

Il y a 3 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu soignée à Laënnec ; on ne constate de lésion cardiaque chez lui que 5 mois après, à l'occasion d'accidents oculaires, soignés aux Quinze-Vingts (irido-choroïdite). Il suit, à ce moment, un traitement par des piqûres, dont il ne peut préciser la nature. L'examen montre qu'il s'agit d'un malade au facies pâle, ayant du battement des carotides et de l'humérale au pli du coude. Le pouls est régulier à 76, bondissant et dépressible, sans retard appréciable. La tension artérielle est de 13/6 au Pachon. Le pouls capillaire est facile à constater aux ongles et au front. La palpation du cœur perçoit un choc en dôme léger ; la pointe bat dans le 5e espace au-dessous du mamelon. A la percussion, les matités aortiques et cardiaques sont normales. A l'auscultation, on

trouve un souffle diastolique piaulant, musical au foyer aortique suivant immédiatement le 2e bruit, ayant son maximum au début de la diastole. Le premier bruit est un peu sourd. Il y a un double souffle crural de Durozier. L'examen du système nerveux montre des réflexes patellaires paresseux ; les réflexes oculaires à la lumière sont lents.

Le Wassermann est positif.

Observation XVII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Chiray.

X..., 26 ans.

Dans les antécédents héréditaires, on ne trouve rien de particulier, si ce n'est qu'entre le malade et sa dernière sœur s'écoulent 5 années, et qu'après lui sa mère a mis au monde deux enfants, dont un est mort à la naissance, et l'autre à un an, de méningite.

Entre à l'hôpital pour une plaie du cou-de-pied, qui a tous les caractères d'une syphilide ulcéreuse, lésion venue très vite, sans grande douleur.

On retrouve, dans ses antécédents : à 16 ans un accident semblable siégeant au pli de l'aine ; à 19 ans, d'autres identiques, dans diverses régions du corps ; il en porte encore des cicatrices très nettes. A 19 ans, on note encore une perforation du voile du palais, à caractère hérédo-spécifique typique. Il en garde des synéchies vélo-pharyngiennes et quelques troubles fonctionnels.

En l'auscultant, on trouve une grosse insuffisance aortique caractéristique.

Il s'agit très vraisemblablement d'un cas de syphilis héréditaire, avec lésion cardiaque valvulaire. Ce cas est à rapprocher de celui que nous rapportons plus haut (observation XI).

Le Wassermann est positif.

En résumé :

Wassermann	+	syphilis	connue	1	(XIII)
»	+	»	méconnue	1	(XIV)
»	—	»		2	(XV-XVI)
»	+	»	héréditaire	1	(XVII)

Rétrécissement aortique.

Voyons maintenant les cas de rétrécissement *aortique :*

Observation XVIII

X..., femme, 66 ans, ménagère.

Entre à l'hôpital pour des troubles dyspeptiques, des étouffements et une faiblesse générale.

Dans ses antécédents personnels, on trouve beaucoup de maladies infectieuses : variole, coqueluche, pneumonie, scarlatine, rougeole, bronchites fréquentes.

A 32 ans elle a une première attaque de rhumatisme articulaire aigu, une seconde deux ans après. A 53 ans, violente crise de colique néphrétique. Mariée, son mari est mort accidentellement; elle n'a pas eu de fausse-couche.

La maladie actuelle a commencé, il y a 7 ou 8 ans, par des crises gastriques à type d'hyperchlorhydrie ; la malade aurait eu récemment une hématémèse avec mœléna. Les selles sont noirâtres, la défécation est douloureuse. La malade se plaint enfin de crises dyspnéiques intenses avec des phénomènes angineux ; elle a des céphalées intenses.

C'est une crise d'œdème aigu du poumon qui l'a amenée à se faire soigner à l'hôpital.

L'examen a montré qu'il s'agissait vraisemblablement de crises d'hyperchlorhydrie chez une malade ayant un début d'ulcération gastrique. Le toucher rectal a permis de sentir une masse indurée, développée aux dépens de la paroi antérieure du rectum, non saignante, étiquetée syphilome.

Le pouls est dur et régulier (78) ; les artères un peu scléreuses; tension artérielle 13/5 (Pachon). Au cœur, on trouve à la base, dans le 2e espace droit, au bord du sternum un souffle systolique, râpeux, intense.

Il y a de l'inégalité pupillaire.

Le Wassermann est positif atténué.

Observation XIX

S..., 57 ans, cantonnier.

Le malade est marié, sa femme n'a jamais eu ni enfant, ni fausse-couche.

Dans ses antécédents personnels on note qu'il a contracté la syphilis au régiment, il ne l'a jamais soignée et dit avoir toujours eu une bonne santé. Il avoue des antécédents d'éthylisme et d'ailleurs en présente les stigmates.

Depuis 20 ans, il est sujet à des essoufflements et à des crises de palpitations ; il est soigné pour cela, il y a 8 ans, à Broussais, où l'on diagnostique de l'aortite syphilitique. On lui ordonne de suivre un traitement ioduré ; les crises disparaissent ; il continue à suivre périodiquement la cure iodurée.

Il entre dans le service pour des accidents d'insuffisance cardiaque : à l'examen, œdème mou bimalléolaire, facies rouge avec varicosités. Il y a des cicatrices de gommes syphilitiques à la face interne du tibia gauche ; dans la bouche, on trouve des plaques de leucoplasie commissurale. On note une exophtalmie bilatérale marquée, mais ancienne ; de la kérato-conjonctivite bilatérale, avec ulcération centrale de la cornée droite, amenant quelques troubles de la vue.

A l'examen du cœur, on trouve un souffle systolique de la base, ayant son maximum au bord interne du sternum dans le 3e espace droit ; ce souffle est doux, un peu voilé, s'entendant pendant toute la durée de la systole ventriculaire, se propageant le long du bord droit du sternum et du côté de l'épaule droite. Le pouls est plein, bien frappé, régulier, légèrement bondissant ; la tension artérielle est de 16/7 au Pachon. Le foie est augmenté de volume et douloureux ; la rate est percutable et perceptible.

Le Wasserman est positif.

Observation XX

D..., 58 ans, interprète (Saint-Christ., n° 21).

Entre dans le service pour un ictère très intense, avec décoloration des matières, urines foncées.

Dans ses antécédents : scarlatine à 12 ans, chancre induré à 20 ans, blennorragie à la même époque. Passé génital très chargé : nombreux chancres mous. En 1883, a une ulcération de la lèvre inférieure, accident secondaire. En 1892, gomme, accident tertiaire ; suit à ce moment un traitement par l'huile grise (12 piqûres). A cette époque, éprouve un peu d'engourdissement dans le membre supérieur gauche, a quelques maux de tête, quelques absences, suit un peu le traitement (bi-iodure). En 1901, monoplégie brachiale gauche fruste, qui disparaît à la suite d'un traitement à la strychnine.

En 1906, chez M. Balzer, il suit un traitement au biiodure pour des phénomènes parétiques dans la jambe gauche. De 1906 à 1910, il a des douleurs dans les membres inférieurs ; une ponction lombaire (M. Ravaut) ne montre pas de lymphocytose, mais le Wassermann est positif dans le liquide céphalo-rachidien. En 1913, diarrhées fréquentes. En 1913 et 1914, il est soumis au traitement par le 606; des troubles digestifs apparaissent, et le 25 avril 1914, quand nous l'examinons, il est atteint d'un ictère très prononcé, s'accompagnant de décoloration complète des matières, qui sont laiteuses et très grasses. Il présente au niveau de la bouche des plaques de leucoplasie très nettes ; il y a des lésions de grattage sur tout le corps.

Du côté de l'appareil digestif, les gencives saignent facilement, il y a du ballonnement du ventre, on peut faire naître par la palpation de l'hypochondre droit une douleur sourde à localisation vésiculaire et on sent une tumeur dure, qui roule sous le doigt dans cette région. Il n'y a pas de signes de sténose pylorique.

Du côté de l'appareil circulatoire, le malade accuse quelques palpitations et quelques douleurs précordiales. Le pouls ressemble au pouls de Corrigan, il est lent (58), irrégulier; la tension artérielle est de 19/13 au Pachon. La pointe bat dans le 5e espace et à l'auscultation, on entend un souffle systolique de la base, rude, râpeux, très intense, de rétrécissement aortique. La radiographie ne montre pas la présence d'ectasie aortique. *Le Wassermann a été impossible à faire, à cause de la colo-*

ration foncée du sérum ; mais il avait été positif antérieurement.

Observation XXI

N° 9 de la salle Saint-Louis, 45 ans.

Dans les antécédents du malade, on trouve seulement à signaler une crise de rhumatisme articulaire aigu à 28 ans. L'examen du cœur dénote l'existence d'un souffle systolique de la base s'entendant surtout dans la région sternale médiane, à la hauteur du 3e espace intercostal. Le souffle est doux et lointain. Le pouls est arythmique et non hypertendu. *Le Wassermann est négatif.*

Observation XXII

R..., 68 ans, femme (salle Cornil, Pitié).

Dans les antécédents de la malade, on trouve une paralysie faciale, qui a disparu sans traitement, une parésie du côté gauche dont il reste des traces ; mouvements associés du côté gauche, extension du gros orteil du côté gauche.

La malade a eu 10 enfants, en a perdu 9 de tuberculose ; son mari est mort, à 53 ans, de tuberculose. Elle a eu une fausse-couche.

L'examen du système circulatoire montre que le pouls est dur, plein, tendu, régulier (92). La tension artérielle fut dans les divers examens de 28 (Potain), 24/15, 25/19 (Pachon). A l'auscultation, bruit de galop très net ; souffle systolique de la base se dirigeant vers l'épaule droite, rude, râpeux ; 2e bruit claqué, clangoreux. Albuminurie. *Wassermann négatif.*

Observation XXIII

V..., salle Vulpian, n° 2.

Rétrécissement aortique chez un malade porteur de lésions de psoriasis. La radiographie n'a pas montré d'ectasie de l'aorte. *Wassermann négatif.*

Wassermann + syphilis connue 2 (XIX-XX)
« + « méconnue 1 (XVIII)
« — 3 (XXI-XXIII)

Aortites

Voici maintenant les cas d'aortite :

Observation XXIV

Saint-Christophe, nº 16, 62 ans.

A l'auscultation du cœur de ce malade, on trouve un second bruit très clangoreux, sans lésions orificielles. Le malade a eu la syphilis, il y a 33 ans ; sa tension artérielle est de 19, 5/11 ; il a de l'inégalité pupillaire et les signes d'une ancienne hémiplégie. *Le Wassermann est positif.*

Observation XXV

(Consultation de M. le Dr Josué.)

Mme N..., 59 ans.

Cette malade a eu des douleurs articulaires très jeune ; une pneumonie étant adulte. Elle vient consulter parce qu'elle dit avoir des intermittences cardiaques douloureuses depuis un an. A l'auscultation de son cœur, on trouve au foyer aortique un second bruit claqué, clangoreux. Comme les sous-clavières semblent un peu surélevées, une radiographie est faite qui montre une aorte dilatée dans toute son étendue, sans poche. La tension artérielle est de 20/12 (Pachon). *Le Wassermann est négatif.*

Observation XXVI

(Communiquée par M. Lereboullet.)

Mme R...

Signes d'aortite, clangor, chez une dame dont le mari est mort de cancer de la langue. *Le Wassermann est négatif.*

En résumé :

Wassermann + syphilis connue 1 (XXIV)
« — « « 2 (XXV-XXVI)

Lésions multiples.

Voyons enfin les cas de lésions multiples :

Observation XXVII

Mme L..., 51 ans.

Dans ses antécédents personnels, on trouve : à 16 ans quelques douleurs rhumatismales ; à 18 ans, un accident syphilitique primitif à la lèvre inférieure, suivi d'une éruption secondaire sur la poitrine. Elle a eu 3 accouchements prématurés, une quatrième grossesse fut menée à terme, l'enfant est vivant ; une cinquième grossesse, avec enfant mort à 3 semaines, aurait été indemne de syphilis. Au cours de la 4e gestation, elle a eu une crise de colique hépatique.

Depuis 18 mois, la malade souffre de douleurs naissant dans la région interscapulaire et longeant le bras gauche, s'accompagnant d'une sensation de torsion. Elle a aussi des sensations de gonflement au niveau du cou, des maux de tête avec vertiges ; quelques douleurs gastriques intermittentes.

Elle a de la dyspnée (40 respirations à la minute). Le pouls bat à 100, il est bondissant et dépressible à type de pouls de Corrigan ; la tension artérielle est de 24/12 au Pachon.

Il y a un peu de surélévation de la sous-clavière droite.

A l'auscultation du cœur, on trouve un double souffle aortique très rude, le souffle diastolique étant plus rude que le systolique. Ces souffles s'entendent dans une zone très étendue avec maximum au foyer aortique. La radiographie montre que l'aorte est à peu près normale et que le cœur est gros. *Le Wassermann est positif.*

Observation XXVIII

B... (consultation).

Tabétique entrant à l'hôpital pour une crise d'asystolie avec dilatation aiguë du ventricule droit. Porteur d'une insuffisance aortique typique, ce malade a une aorte uniformément dilatée (radioscopie Delherm). *Son Wassermann est positif.*

Observation XXIX

S..., 18 ans, cuisinier (Saint-Louis, Hôtel-Dieu, n° 2).

Dans ses antécédents personnels, on trouve des angines fréquentes, la rougeole et les oreillons.

Il a eu une première crise rhumatismale à 6 ans avec fièvre, qui a cédé au salycilate et à la quinine. Deuxième crise à 15 ans, moins forte, douleurs plus localisées. Troisième crise, actuelle, fruste.

Les lésions cardiaques remonteraient à la 2e crise.

Le malade nie toute syphilis.

Il n'y a comme symptômes pouvant faire penser à une lésion cardiaque qu'un faciès pâle, aortique et des mains un peu cyanosées. Le pouls bat à 84, il est bondissant et dépressible. Au cœur, on trouve des lésions multiples : un souffle systolique de la pointe, se propageant dans l'aisselle du côté gauche ; et surtout un souffle diastolique de la base très accentué, se propageant le long du bord droit du sternum. Il y a aussi un souffle systolique de la base, se dirigeant vers l'épaule droite. La matité cardiaque n'est pas modifiée. *Le Wassermann est faiblement positif.*

Observation XXX

F..., 54 ans, typographe (Saint-Christophe, n° 10).

On trouve, dans les antécédents de ce malade, une fièvre typhoïde à 7 ans, une blennorragie dans la 20e année ; pas de syphilis.

La profession de typographe du malade l'exposa à l'intoxication saturnine et on peut attribuer à celle-ci les douleurs de tête dont a souffert le malade de 20 à 30 ans. A 46 ans, le malade est atteint d'une poussée généralisée de psoriasis, dans la description de laquelle nous n'entrerons pas; cette atteinte de psoriasis se modifia quelque peu depuis, mais dure encore, très intense. Il y a un an, le malade fut sujet à une violente attaque de goutte, qui l'obligea à garder le lit. Enfin, il y a quelques mois, à Saint-Louis, on lui découvre une lésion cardiaque.

Le pouls est régulier, bien frappé, bondissant. Tension artérielle 19/9 (Pachon).

Il y a du battement des jugulaires ; les artères du cou son saillantes ; la sous-clavière droite élevée ; thrill au niveau de la sous-clavière gauche. Artério-sclérose prononcée : temporales sinueuses, artères en tuyau de pipe, cercle sénile prononcé.

L'inspection de la région cardiaque montre un soulèvement systolique de la pointe accentué ; la palpation la perçoit dans le 5e espace à 1 centimètre en dehors du mamelon. La main est soulevée fortement à ce niveau ; de plus, un peu en dehors du sternum du côté droit, il y a des mouvements d'expansion sur une distance de 3 centimètres environ ; à la percussion, élargissement de la matité cardio-aortique vers la droite du sternum ; à l'auscultation, double souffle aortique : le premier systolique, un peu rude, nettement au foyer aortique, se propageant le long des vaisseaux du cou ; on ne l'entend pas en arrière ; il couvre le petit silence ; le deuxième diastolique, doux, moelleux, aspiratif, s'entendant dans toute la région mésocardiaque et jusqu'à la pointe. Il commence au début de la diastole, remplaçant complètement le claquement normal des sigmoïdes aortiques ; il se prolonge pendant tout le grand silence et va en s'atténuant jusqu'à la fin de la diastole. Enfin, au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, s'entend un bruit de va et vient postsystolique avec claquement d'entrée et de sortie : ces bruits semblent beaucoup plus superficiels que les bruits du foyer aortique.

La radiographie n'a malheureusement pas été faite. *Le Wassermann était positif.*

Observation XXXI

B..., 20 ans, livreur.

Il s'agit d'un malade ayant eu des crises de rhumatisme articulaire aigu à 15 ans et à 16 ans et porteur d'une insuffisance aortique typique. On ne trouve aucun antécédent de spécificité et *le Wasserman est négatif.*

Observation XXXII

M..., 25 ans, dessinateur typographe (Rabelais, n° 2).

Il s'agit d'un malade sujet à des crises d'étouffement avec

sensation d'angoisse très pénible. Il a eu de nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu à 14 ans, à 20 ans, à 22 ans.

Les accès d'étouffement s'accompagnent de tachycardie.

Le malade est porteur d'une insuffisance mitrale, d'une insuffisance et d'un rétrécissement aortiques. *Le Wassermann est négatif.*

Observation XXXIII

V..., 17 ans.

Ce malade vient à la consultation de M. Josué pour de simples douleurs précordiales. Dans ses antécédents, il n'y a pas de rhumatisme et aucune maladie infectieuse. Cependant le malade est porteur de lésions cardiaques multiples : insuffisance et rétrécissement aortiques, insuffisance et rétrécissement mitraux, frottement péricardique.

Le malade supporte bien ses lésions, qui sont très bien compensées.

La radiographie montre un cœur hypertrophié dans toutes ses dimensions.

Le Wassermann est négatif.

Observation XXXIV

(Communiquée par M. Lereboullet.)

B..., 52 ans.

Se présente à la consultation pour des crises d'oppression très vive avec sensation de constriction précordiale, survenant brusquement sans effort. Le malade a quelques troubles digestifs après les repas ; parfois des vertiges, et des éblouissements ; pas de troubles auriculaires.

Il y a un double souffle au foyer aortique, le souffle systolique plus rude et plus intense que le souffle diastolique humé et aspiratif. L'aorte est percutable sur 3 travers de doigt. Pouls de Corrigan.

Pas d'antécédents de spécificité ; a eu la scarlatine et une grippe. Enfin il faut noter dans ses antécédents une atteinte de paludisme à l'âge de 8 ans.

Le Wassermann fait chez lui et chez ses 4 enfants a donné un résultat négatif.

En résumé :

Wassermann + syphilis connue 1 (XXVII).
» + » méconnue 3 (XXVIII-XXX).
» — » 4 (XXXI-XXXIV).

STATISTIQUE

En résumant dans un tableau général nos 34 cas. nous avons :

Lésions	W +	W −	0/0
Ectasie aortique	7	3	70
Insuffisance aortique	2	2	50
Rétrécissement aortique	3	3	50
Aortite	1	2	33,3
Lésions multiples	4	4	50
Total	17	14	54,8

Nous remarquerons que la syphilis était ignorée 11 fois sur 17 cas de Wassermann positif et que, parmi les 14 cas de Wassermann négatif, la syphilis pouvait être suspectée dans deux cas d'anévrisme de l'aorte (IX et X) dont les symptômes furent notablement amendés par le traitement spécifique ; dans un cas d'insuffisance aortique associée à un tabès fruste (XIV) ; enfin dans un cas d'aortite, chez une femme dont le mari était mort de cancer de la langue (XXIII).

Nous avons pu citer, grâce à M. le docteur Chiray, 2 cas de syphilis héréditaire : l'un avec anévrysme aortique, l'autre avec insuffisance aortique.

Si nous analysons maintenant les statistiques signa-

lées antérieurement par les auteurs, ayant suivi la méthode que nous avons employée, nous trouvons, d'après Gilbert et Brin :

Anévrismes de l'aorte.

Danielopoulu	2	cas	+ sur	2
Laubry et Parvu	4	»	»	6
Joltrain	4	»	»	5
Oigaard	3	»	»	3
Delsouiller	33	cas	+ sur	3,5
Gilbert et Brin	4	»	»	4

Ce qui donne un pourcentage de résultats positifs de 91 0/0 en y ajoutant

Lederman (1912)	23	cas	+ sur	29
Lian et Vernes	5	»	»	5
Nous-même	7	»	»	9

nous obtenons un total 78,5 0/0.

Insuffisance aortique :

Laubry et Parvu	3	cas	+ sur	6
Citron	10	»	»	16
Gilbert et Brin	5	»	»	9

Soit 51 0/0.

En y ajoutant :

Ledermann	6	cas	+ sur	10
Lian et Vernes	17	»	»	22
Nous-même	2	»	»	4

nous obtenons au total 60,2 0/0.

Rétrécissement aortique :

Nous-même.....	3	cas +	sur	6

Soit 50 0/0.

Aortite chronique :

Danielopolu.....	7	cas +	sur	10
Debove et Trémolières.....	2	»	»	2
Laubry et Parvu.....	4	»	»	5
Gilbert et Brin.....	14	»	»	15

Soit 85 0/0.

En y ajoutant :

Ledermann.....	13	cas +	sur 32
Lian et Vernes.....	1		sur 9
Nous-même.....	1		» 3

nous obtenons au total 59, 5 0/0.

Lésions multiples :

Nous-même.....	4	cas +	sur	8

Soit 50 0/0.

Donc le pourcentage général se résume ainsi :

Ectasie aortique.....	78 0/0	de cas +
Insuffisance aortique.....	60 0/0	
Rétrécissement aortique.....	50 0/0	
Aortite chronique.....	59,5 00	
Lésions multiples.....	50 0/0	

CONCLUSIONS

I. — Le rôle de la syphilis, dans la production des lésions de l'aorte, s'affirme de plus en plus à mesure qu'à l'enquête clinique et anatomique s'ajoutent des données précises, fournies par les réactions biologiques et surtout par la réaction de Wassermann.

C'est ainsi que l'anévrisme de l'aorte reconnaît, dans la grande majorité des cas, une origine syphilitique ; l'insuffisance aortique pure, ou du moins pure en apparence, l'aortite chronique sont, dans plus de la moitié des cas, de nature syphilitique ; dans la moitié des cas de rétrécissement aortique et de lésions multiples du cœur, on trouve la syphilis comme facteur étiologique.

II. — La réaction de Wassermann, outre l'importance qu'elle présente pour l'étude pathogénique, a un grand intérêt pratique, car elle permet, dans nombre de cas, de dépister une syphilis latente.

III. — Cependant, quand la réaction de Wassermann est négative, il n'en faut pas conclure à l'absence de syphilis dans les antécédents aortiques. Dans bien des

cas, en effet, des lésions aortiques, indiscutablement syphilitiques, peuvent ne pas donner de réaction positive ; elles sont alors parfois améliorées par le traitement.

Vu :
Le Doyen,
Landouzy

Vu :
Le Président de thèse,
Gilbert

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Liard.

BIBLIOGRAPHIE

Babinski. — *Société médicale hôp. Paris*, 8 nov. 1901.

Barié. — Traité des maladies du cœur, 1912.

Biermann. — Maladies syphilitiques des vaisseaux artériels (*Deut. méd. Woch.*, 1911, no 25).

Boinet. — Aortites, *in* Brouardel et Gilbert

Boveri. — Lésions aortiques d'origine syphilitique chez le singe (*Soc. de Biologie*, 26 juillet 1913).

Bricout. — Syphilis du cœur (Thèse de Paris, 1912).

Chiray. — Anévrisme de l'aorte hérédo-syphilitique (*Société médicale des hôpitaux*, 1908).

Debove. — Insuffisance aortique, tabès et paralysie générale (*Gaz. des hôp.*, 20 février 1908).

Deguy. — Thèse de Paris, 1900.

Devoto. — Sur l'aortite syphilitique et mixte (*Congrès de la Soc. de méd. int. Rome*, 1912).

Dieulafoy. — Cliniques, 1896-97.

Etienne. — Aortites syphilitiques (*in* Traité de la syphilis de Fournier).

Fournier (Edm.). — Stigmates de l'hérédo-syphilis (Thèse Paris, 1898).

Gaucher et Nathan. — Aortites syphilitiques et rétrécissement aortique (*Arch. mal. cœur*, 1909).

Gaucher et Brin. — L'aortite chronique de la syphilis acquise (*Ann. des mal. vén.*, n° 2, 1914).

Goldscheider. — Sur les affections syphilitiques de l'aorte (*Médiz. Klink.*, n° 12, 1913).

Guilly. — Thèse de Paris, 1904.

Guyonnaud. — La syphilis du cœur (Th. Paris, 1910-1911).

Halsey. — Importance de la connaissance de la syphilis dans les maladies circulatoires (*Southern med. journal*, 1913).

Hirtz. — Les aortites conjugales (*Paris médical*, décembre 1912).

Ledermann. — Syphilis et lésions du cœur (*Deutsch. med. Woch.*, mai 1912).

Letulle (M.) — Diagnostic des anévrysmes de l'aorte (*Paris méd.*, mars 1913.)

Longcope. — Aortites syphilitiques (*Arch. of intern. med.*, janvier 1913).

Merklen. — Article Cœur, *in* Brouardel et Gilbert.

Mikhailowski. — Syphilis et affections congénitales du cœur (Thèse de Paris, janvier 1913).

Obendorffer. — Les affections syphilitiques de l'aorte (*Munch. med. Woch.*, 1913, nº 10).

O'Dobesco. — Aortites syphilitiques (*Rev. Stimtelos med.*, mars 1912).

Oigaard. — Traitement des maladies cardio-vasculaires syphilitiques (*Arch. gén. de méd. du cœur*, juillet 1913).

Piatot. — Diagnostic étiologique précoce des affections artérielles (*Paris médical*, mai 1912).

Sergent. — La médiastinite syphilitique (*Presse médicale*, juillet 1912).

Vaquez. — Syndrome de Babinski (*Soc. méd. hôp.*, février 1902).

Vaquez et Bordet. — Radiologie des aortites (*Paris médical*, 1911).

Vaquez et Laubry. — Sur le traitement des aortites spécifiques et des anévrismes de l'aorte (*Bull. et mém. de la Soc. méd. hôp.*, 1912).

Winternitz. — Pathogénie de l'aortite syphilitique (*Bull. of the John Hopkins Hospital*, juillet 1913).

Bibliographie spéciale sur la réaction de Wassermann dans les affections du cœur.

Breitmann. — Les affections syphilitiques du cœur et le traitement par le 606.

Bruckner et Galasesco. — Syphilis et insuffisance aortique (*Soc. de Biol. Bucarest*, décembre 1910).

Citron. — Syphilis et insuffisance aortique (*Berl. klin. Woch.*, novembre 1908).

Clough. — Essais cliniques de la réaction de Wassermann (*Bull. of the J. Hopk. Hosp.*, mars 1910).

Collins et Sachs. — Valeur de la réaction de Wassermann dans les affections cardio-vasculaires (*Amer. Journ. of the med. Sciences*, septembre 1910).

Danielopoulu. — Séro-réaction de la syphilis dans les affections de l'aorte et des artères (*Soc. Biol.*, mai 1908).

Debove et Trémolières. — Aortite chronique et syphilis (*Journ. méd. français*, avril 1910).

Delsouiller. — Thèse de Paris, 1912.

Dencke. — Aortener Krankung auf syphilischer Basis (*Deutsch. med. Woch.*, 1909).

Donath. — Réaction de Wassermann dans les maladies de l'aorte (*Berl. klin. Woch.*, nov. 1909).

Fagnioli. — Sull'aortite sifilitica (*Il Morgagni*, nov. 1910).

Fulchiereo et Reverdito. — *Il Morgagni*, janvier 1911.

Gilbert et Brin. — Réaction de Wassermann et lésions de l'aorte (*Paris médical*, 1913, n° 47).

Harris (F.-G.). — Réaction de Wassermann dans les maladies nerveuses et cardiovasculaires.

Hirtz et Braun. — Note sur 10 cas d'aortite syphilitique (*Soc. méd. hop. Paris*, mars 1911).

Joltrain. — Méthodes nouvelles de séro-diagnostic, 3e édition, 1911.

Krefting (R.). — Insuffisance aortique et réaction de Wassermann (*Berlin. klin. Woch.*, avril 1910).

Krefting (R.). — La signification clinique de la réaction de Wassermann (*Paris médical*, avril 1912).

Laubry et Parvu. — La réaction de Wassermann au cours de quelques affections vasculaires (*Soc. Biol.*, juillet 1909).

Ledermann. — Réaction de Wassermann dans les affections du cœur et des vaisseaux (*Congrès de Rome*, avril 1912).

Lian et Vernes. — *Presse médicale*, mars 1914.

Longcope. — The Wassermann reaction in aortic insufficiency and other vascular diseases (*Bull. of the Ayer Clin. Laborat.*, 1910, n° 6).

Match (W.). — Réaction de Wassermann dans les maladies des organes internes (*Rousski Wratch.*, 1913, t. VII).

Oigaard. — Réaction de Wassermann dans les maladies du cœur et des vaisseaux (*Arch. des mal. de cœur*, août 1910).

Paraschivescu. — Recherches sur l'origine syphilitique des affections de l'aorte (Thèse de Bucarest, 1910).

Schutze.— Affections de l'aorte, tabès dorsal et syphilis (*Deutsch. Zeitsch.*, 1908.)

TABLE DES MATIÈRES

—

INTRODUCTION 9

HISTORIQUE 13

OBSERVATIONS 17

Anévrysme de l'aorte 18
Insuffisance aortique 29
Rétrécissement aortique 32
Aortites 36
Lésions multiples 37
Statistique 42

CONCLUSIONS 45

BIBLIOGRAPHIE 47

Poitiers.— Imp. G. ROY, 7, rue Victor-Hugo.